

1. Persönliche Angaben	Vor- und Zuname		Titel	
	Geburtsname		Geburtsdatum	
	Geburtsort			
	Straße			
	PLZ / Ort			
	Derzeitiger Aufenthaltsort / Straße			
	PLZ / Ort			
	Familienstand		Staatsangehörigkeit	
Konfession		Sprache		Anmeldungen in anderen Heimen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2. Angehörige (zuständige Person bitte an erster Position)	a) Vor- und Zuname		Verwandschaftsgrad	
	Straße		ggf. Fax, Handy	
	PLZ / Ort			
	b) Vor- und Zuname		Verwandschaftsgrad	
	Straße		ggf. Fax, Handy	
	PLZ / Ort			
	c) Vor- und Zuname		Verwandschaftsgrad	
	Straße		ggf. Fax, Handy	
	PLZ / Ort			
3. Betreuer (gesetzlicher oder notariell beglaubigter Betreuer)	Vor- und Zuname			
	Straße		ggf. Fax, Handy	
	PLZ / Ort			
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		ggf. weiterleiten an:	
	Wirkungskreis der Betreuung			
			Beschluss gültig bis:	
4. Hausarzt	Vor- und Zuname		Fachgebiet	
	Straße		ggf. Fax, Handy	
	PLZ / Ort			
5. Krankenkasse	Name			
	Straße		Rezeptgebührenbefreit Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
	PLZ / Ort		gültig von - bis:	
	Mitgliedsnummer:		Sachbearbeiter/In	

Bitte Rückseite beachten.

Fragebogen zur Heimaufnahme (Rückseite)

6. Pflegekasse	Name		
	Straße		
	PLZ / Ort		
	Mitgliedsnummer:	Sachbearbeiter/In	
		Pflegestufe beantragt I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gültig von - bis:	
7. Kostenträger (nur bei vollstationärer Aufnahme)	Das monatliche Einkommen (z.B. Miete+Renten) übersteigt 900,- Euro (Mittel der durchschnittlichen Pflegekosten von Stufe I und III; siehe Preisliste)		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	liegt das Vermögen über 2.600,- Euro / bei Ehepaare über 3214,- Euro (Vermögensfreigrenze für Sozialhilfeempfänger)		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Beihilfeberechtigt	Selbstzahler	Sozialhilfeantrag gestellt
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Rechnungsempfänger		
	Straße		
	PLZ / Ort		
	Name des Sozialamtes		Aktennummer:
	Straße		Sachbearbeiter/in
	PLZ / Ort		☎
8. Bankverbindung	Kontoinhaber		Kontonummer
	Straße		BLZ
9. Aufnahme / Unterkunft	Voraussichtliches Einzugsdatum / Bei KZP von - bis:		Wünschen Sie ☎ im Zimmer? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Einzelzimmer	Doppelzimmer	Dreibettzimmer
10. Bestattungsvorsorge	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Name	
	Straße, PLZ / Ort, ☎		
11. Ausweise	Personalausweis-Nr.:		gültig bis:
	Reisepass-Nr.:		gültig bis:
	Behindertenausweis-Nr.:	Grad der Behinderung in %	gültig bis:
12. Sonstiges / Bemerkung	Rollstuhl, Gehwagen usw. vorhanden: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/>		Von der Krankenkasse: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
_____ Ort Datum Unterschrift des Aufzunehmenden			
_____ Ort Datum Unterschrift des Betreuers oder/und Antragstellers			